**DEPARTAMENTO DE AYUDA PÚBLICA DE ILLINOIS
DESIGNACIÓN DEL REPRESENTANTE PERSONAL**

- La ley federal indica que el Departamento de Ayuda Pública de Illinois (Agencia) no puede compartir su información de salud personal sin su permiso, excepto en ciertas situaciones. Si firma este formulario, usted le da permiso a la Agencia para tratar con la(s) persona(s) que usted nombra como su Representante Personal y compartir la información de su salud con esa persona.
- Usted puede nombrar a más de una persona como su Representante Personal.
- La Designación del Representante Personal durará hasta que usted le informe a la Agencia que ya no quiere que traten a la(s) persona(s), que usted nombra a continuación como su Representante Personal.
- **Derecho a Revocar** Si usted decide que ya no desea que la agencia trate a la(s) persona(s) que usted nombra a continuación como su Representante Personal, firme la Revocación al final de este formulario y entregue el formulario a la Agencia. Cualquier revocación solamente puede aplicarse en y después de la fecha que la Agencia recibe la Revocación. La Agencia no puede cancelar las divulgaciones hechas al Representante Personal antes de recibir la Revocación.
- Usted puede guardar una copia de esta Designación de Representante Personal y puede llamar al Oficial de Privacidad del Departamento de Ayuda Pública para obtener una copia si usted no la tiene.

Mi nombre: Fecha de Nac.:

Número de Identificación del Cliente (RIN):

Designo a la siguiente persona(s) para que actúe como mi Representante Personal:

.....

Esta persona tiene todos los derechos que yo tengo con respecto a la información de mi salud que tiene la Agencia.

Esta persona está actuando como mi Representante Personal sólo para estas funciones:

.....
.....

Término de la Autorización: La Agencia puede compartir la información de mi salud desde la fecha de esta Designación del Representante Personal hasta que yo revoque la Designación del Representante Personal firmando la Revocación, a continuación, y al entregar la Revocación a la Agencia.

Firma: Fecha:

REVOCACIÓN:

Yo ya no quiero que la persona nombrada arriba actúe como mi Representante Personal.

Firma: Fecha:

Envíe esta Designación de Representante Personal:

Comuníquese con el Oficial de Privacidad del Departamento de Ayuda Pública de Illinois:

Privacy Officer
Illinois Department of Public Aid
P.O. Box 19159
Springfield, IL 62794-9159

Privacy Officer
Illinois Department of Public Aid
P.O. Box 19159
Springfield, IL 62794-9159

Fax: 1-312-793-2005

Teléfono: 1-800-226-0768 (llamada gratis)
(Línea de Información de Beneficios de Salud)
TTY: 1-877-204-1012, llamada gratis para personas que usan un teletipo
Fax: 1-312-793-2005
e-mail: privacyofficer@mail.idpa.state.il.us